



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рекомендуемый образец

**ИЗВЕЩЕНИЕ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ
ИЛИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

☐ Первичное

☐ Дополнительная информация к сообщению
№ _____ от _____

Данные пациента

Инициалы пациента (код пациента)* _____ Пол ☐ М ☐ Ж Вес _____ кг

Возраст _____ Беременность ☐, срок _____ недель

Аллергия ☐ Нет ☐ Есть, на _____

Лечение ☐ амбулаторное ☐ стационарное ☐ самолечение

Лекарственные средства, предположительно вызвавшие НР

	Наименование ЛС (торговое)*	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							

Нежелательная реакция

Дата начала НР _____

Описание реакции* (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований)

Критерии серьезности НР:

- ☐ Смерть
- ☐ Угроза жизни
- ☐ Госпитализация или ее продление
- ☐ Инвалидность
- ☐ Врожденные аномалии
- ☐ Клинически значимое событие
- ☐ Не применимо

Дата разрешения НР _____

Предпринятые меры

☐ Без лечения ☐ Отмена подозреваемого ЛС ☐ Снижение дозы ЛС

☐ Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)

☐ Лекарственная терапия _____

Исход

☐ Выздоровление без последствий ☐ Улучшение состояние ☐ Состояние без изменений

☐ Выздоровление с последствиями (указать) _____

☐ Смерть ☐ Неизвестно ☐ Не применимо

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР?

☐ Нет ☐ Да ☐ ЛС не отменялось ☐ Не применимо

Назначалось ли лекарство повторно? ☐ Нет ☐ Да

Результат _____ ☐ Не применимо

Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом

самостоятельно (по собственному желанию)							
	Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							
4							
5							

Данные сообщającego лица

☐ Врач
☐ Другой специалист системы здравоохранения
☐ Пациент
☐ Иной

Контактный телефон/e-mail:* _____

Ф.И.О _____

Должность и место работы _____

Дата сообщения _____

* поле обязательно к заполнению

Сообщение может быть отправлено:

- e-mail: pharm@roszdravnadzor.ru,
- факс: +7(495)698-15-73,
- он-лайн на сайте npr.roszdravnadzor.ru
- почтовый адрес: 109074, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, строение 1.